

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

94

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 18 février 1892, à 1 heure

Par OCTAVE PARISOT

Né le 12 février 1865, à Bénv-Bocage (Calvados)

RECHERCHES

SUR

LE CANCER DU PANCRÉAS

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. { TROISIÈRE, professeur.
SCHWARTZ, CHANTEMESSE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

34

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 18 février 1892, à 1 heure

Par OCTAVE PARISOT

Né le 12 février 1865, à Bénv-Boccage (Calvados)

RECHERCHES

SUR

LE CANCER DU PANCRÉAS

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. { TROISIÈRE, professeur.
SCHWARTZ, CHANTEMESSE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Operations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TILLAUX.
Thérapeutique et matière médicale.	N.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
Clinique médicale	STRAUS.
Maladie des enfants	G. SEE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	PETER.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	BALL.
Clinique ophthalmologique	FOURNIER.
Cliniques d'accouchements	CHARCOT.
	VERNEUIL.
	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEYS	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJFAN
DÉJERINE	MARIE	RETERER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS JACCOUD,
GUYON, LANCEREAUX, DESCROIZILLES, BAR



RECHERCHES

SUR

LE CANCER DU PANCRÉAS

AVANT-PROPOS

Pendant le cours de nos études médicales, nous avons pu recueillir dans les services de nos maîtres M. le professeur Jaccoud et M. Lancereaux plusieurs observations d'épithéliome pancréatique. L'étude attentive de ces malades nous a montré l'extrême variabilité de la traduction symptomatique de cette lésion; aussi, avons-nous cru faire œuvre utile en prenant pour sujet de notre thèse inaugurale l'étude des diverses variétés cliniques de ce néoplasme. Ces variétés peuvent en effet se réduire à trois principales. Le fonds de la maladie est toujours le même et représenté par les phénomènes de dénutrition, de cachexie et des troubles digestifs. Lorsqu'à cet ensemble s'ajoute la compression du pylore, la

maladie évolue comme une sténose pylorique. Dans d'autres cas, le canal cholédoque est oblitéré, et c'est cette forme qui a fait l'objet de la monographie de MM. Bard et Pic. Ce type chronique bien défini est surtout le fait du siège de l'épithéliome à la tête de l'organe. Il est essentiellement caractérisé par un ictère sombre toujours progressif et sans rémissions, une distension énorme de la vésicule biliaire, facilement perceptible à la palpation, l'absence d'augmentation de volume du foie, une température habituellement hyponormale.

Dans d'autres cas, apparaît la glycosurie avec d'autres phénomènes diabétiques, tels que polyurie et polyphagie. Mais toujours ces phénomènes sont peu prononcés. Traduisent-ils un diabète maigre, pancréatique, tel que l'a décrit M. Lancereaux ? Non. Il y a apparente similitude de symptômes, et non identité. On ne trouve pas en effet, le début brusque, dramatique du diabète pancréatique, le taux si élevé de la glycosurie et de la polyurie, la polyphagie énorme. Il n'y a pas de passage brusque de l'état de santé dans le marasme diabétique. Enfin, fait capital, la glycosurie disparaît dans les derniers moments, alors que l'effondrement, la lésion de la glande est à son apogée. Il est enfin nécessaire de mettre en lumière ce fait, c'est que si la glycosurie est la règle dans la sclérose primitive du pancréas, elle est au contraire l'extrême exception dans l'épithéliome de cette glande. Et, qu'on n'aille pas arguer de la faible étendue de la lésion, quand

on voit des auteurs comme Masing Litten, Brüzelius, Axel-Key et Jaccoud affirmer la totalité du désordre anatomique. Nous éviterons d'entrer dans la question si brûlante de la pathogénie de la glycosurie dans l'épithéliome pancréatique. Notre rôle sera plus modeste et consistera simplement à enregistrer des faits. Nous nous contenterons de faire remarquer avec M. le professeur Jaccoud que chaque fois que la glycosurie est apparue dans de telles conditions, il y avait lésion de l'atmosphère cellulaire péripancréatique et des filets nerveux y contenus. D'ailleurs, à ce symptôme révélateur d'altération nerveuse, s'ajoutent le refroidissement des extrémités, l'hypothermie, le ralentissement du pouls, la pigmentation cutanée, les douleurs et les vomissements incoercibles qui viennent s'ajouter pour mieux stigmatiser la pathogénie du premier phénomène.

Ces observations d'épithéliome pancréatique si intéressantes au point de vue clinique, le sont encore au point de vue de la classification et de la genèse des néoplasies épithéliales.

Arrivé au terme de nos études médicales, c'est avec un véritable plaisir que nous saisissons l'occasion qui nous est donnée aujourd'hui de témoigner notre reconnaissance à nos excellents et derniers maîtres qui nous ont enseigné les choses de la médecine et les devoirs du médecin.

Que M. Lancereaux reçoive le faible tribut de notre reconnaissance pour les savants enseignements

qu'il nous a prodigués, enseignements qui seront pour nous, le guide constant de notre carrière médicale.

C'est avec la plus vive gratitude que nous remercions M. le professeur Laboulbène pour l'honneur recherché qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.





CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE.

Pendant de longues années, les affections du pancréas ont été presque totalement ignorées, mais par un retour si fréquent en pathologie, cette glande abandonnée a été l'objet, dans ces derniers temps, d'un grand nombre de nosographies. Les premiers travaux sur les néoplasies du pancréas datent de Mollière (1854). A partir de ce moment, l'esprit étant éveillé de ce côté, les cas cités furent nombreux, mais il fut admis tout d'abord que si la diathèse carcinose pouvait se propager à cette glande, elle ne pouvait en aucun cas y prendre naissance; telle fut l'opinion de Bayle, Cazot et Franck. Enfin en 1864, Ancelet, par une statistique de 195 cas, jeta un jour nouveau sur la question, et montra que 18 fois, la lésion avait été limitée au pancréas et, qu'en bien plus grand nombre d'autres, elle avait débuté par cette glande et que ce n'était que par la suite qu'elle avait envahi les organes voisins.

Depuis, ont apparu sur la question un grand nombre de monographies parmi lesquelles nous citerons

lès travaux de Frerichs, Bonnamy, de Salles, de Madres, de Vernay qui a rassemblé tous les cas de cancers du pancréas qu'il a pu recueillir. Sa thèse contient 15 observations, mais sur ce nombre, dans 10 seulement, le cancer du pancréas paraît certainement primitif, pas de détails anatomiques suffisants. Le diagnostic de l'affection ne fut fait dans aucun des cas, de Caron et de Roux.

Dans tous ces travaux, on ne trouve guère qu'une énumération plus ou moins complète, de tous les symptômes qui peuvent se rencontrer dans le cancer du pancréas; c'est ainsi que M. Arnozan dans son article du *Dictionnaire Dechambre* répartit en 3 groupes les symptômes du cancer du pancréas: 1° ceux qui tiennent à la tumeur et à la compression qu'elle exerce sur les organes voisins; aussi la douleur épigastrique, la tumeur, l'ictère; 2° ceux qui sont fournis par les troubles digestifs, telle que la dyspnée pancréatique, consistant dans le défaut de digestion des féculs, des albumines et des graisses; tels aussi les vomissements, la diarrhée graisseuse ou stéarrhée, les urines graisses ou lipurie, la sialorrhée et la sensation de sable dans l'arrière-gorge; 3° enfin la cachexie rapide et l'amaigrissement considérable. Cette énumération, comme le font observer MM. Bard et Pic, a le tort de mettre sur le même plan les différents symptômes, dont l'importance est très inégale en clinique, et dont la valeur est loin d'être la même pour le diagnostic de l'affection. Nous signalerons maintenant les observations de

Taylor, de Dixon, Ramos et Cochez. Il suffit enân de feuilleter les bulletins de la Société anatomique de Paris pour relever un assez grand nombre de cas d'épithéliomes pancréatiques. Ils ont tous été signalés dans la thèse de Madre. On verra dans nos chapitres *signes et diagnostic*, l'importance qu'il faut, dans cette question, attribuer aux travaux de MM. Bard et Pic, et de M. le professeur Jaccoud. Les premiers ont nettement exposé une forme clinique, le second a apporté pour le diagnostic différentiel un grand nombre de points de repère excellents en clinique.





CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Etude macroscopique. — L'épithéliome du pancréas est primitif ou secondaire, il peut intéresser n'importe quelle partie de la glande. Souvent limité à la tête, il peut envahir tout l'organe.

Le cancer mondain envahit habituellement le pancréas par sa périphérie. Le plus souvent c'est un cancer du pylore (comme dans notre observation IV) qui atteint le pancréas de proche en proche, par contiguité. Quelquefois c'est un cancer plus éloigné, qui infiltre le tissu cellulaire péri-pancréatique et qui enveloppe l'organe d'une sorte d'atmosphère néoplasique. Enfin dans un troisième cas, les ganglions lymphatiques envahis par des dégénérescences épithéliales intéressent le parenchyme glandulaire.

Quoiqu'il en soit, que le cancer soit limité ou ait envahi tout l'organe, soit en s'étendant, soit en parsemant des nodules, la partie envahie est augmentée de volume et constitue une vraie tumeur. Il est rare que le pancréas soit augmenté de volume dans toute son étendue ; et le plus souvent l'épithé-

liome est localisé et les parties de l'organe restées intactes ont leur volume normal et une consistance ferme.

Le volume de la lésion néoplasique varie de celui d'une petite mandarine à celui du poing et plus. Elle présente une forme ordinairement globuleuse. La tumeur assez régulière, quelquefois un peu bosselée, est toujours intimement adhérente au duodenum, dont la muqueuse est toutefois le plus souvent intacte. Le tissu est plus ou moins dur, résistant ; à la coupe ou non, écoule un suc cancéreux, et cette coupe présente tantôt une apparence blanchâtre tantôt rosée avec lignes rosées sinueuses, elle est souvent parsemée de petites cavités kystiques. Quand la tumeur est volumineuse, elle est relativement molle ; quand elle est de petites dimensions, elle résiste à l'instrument tranchant.

La forme du pancréas est changée, il est hypertrophié, ratatiné, devient globuleux. Dans son intérieur on retrouve le canal cholédoque comprimé, jusqu'à être oblitéré sur une étendue plus ou moins grande. Ces importantes lésions de canalisation sont souvent la conséquence d'un épithéliome développé dans la tête du pancréas. Mais le canal de Wirsung est oblitéré par un autre mécanisme, par suite de l'envahissement de ses parois par la néoplasie ; dans ces cas, les portions du canal situées dans le segment de la glande épargnée par l'épithéliome, se dilatent au point de pouvoir admettre le petit doigt dans leur calibre, ou bien elles présentent des dilatations

partielles qui donnent au conduit un aspect monoliforme.

Quelquefois de véritables kystes forment des bourses multiples, une inflammation interstitielle... envahit le reste de la glande, et l'organe se trouve ainsi totalement détruit soit par la tumeur elle-même, soit par les désordres qu'elle occasionne. Parfois on a noté la coexistence des calculs.

Parfois le reste de l'organe subit la transformation graisseuse ou l'atrophie simple; quelquefois il demeure sain, ce fait ne peut s'expliquer que par la persistance de la perméabilité ou par l'oblitération tout à fait ultime du canal de Wirsung.

Etude microscopique. — Nous ne reprendrons pas ici la vieille classification des néoplasmes malins en squirrhe encéphaloïde, colloïde, car il s'agit toujours dans ces formes d'un épithéliome avec tissu conjonctivo-vasculaire abondant ou accompagné de dégénérescence des cellules intra-alvéolaires. Nous basant sur l'étude des tumeurs faite par M. Lancereaux dans son traité d'*Anatomie pathologique*, nous ne décrirons que deux variétés issues des deux formes épithéliales que renferme cet organe. On sait que c'est cette division qu'ont reprise MM. Bard et Pic dans leur excellente monographie. Nous leur emprunterons leur magistrale description histologique. On trouve, disent ces savants anatomo-pathologistes, dans le pancréas deux variétés d'épithéliomes très distinctes, l'épithéliome glandulaire qui est arrondi, et l'épithélium des canaux excréteurs

qui revêt la forme cylindrique ; il y aura donc deux espèces de cancers pancréatiques, glandulaire et excréteur.

Dans le type glandulaire, de beaucoup le plus fréquent, les cellules sont facilement reconnaissables ; elles sont volumineuses, globuleuses, arrondies, très fortement granuleuses, se colorent en jaune par le picro-carmin et ne laissent apercevoir au milieu de leurs granulations qu'un noyau peu volumineux, faiblement coloré, souvent même à peu près invisible ? Les cellules sont réparties dans un stroma conjonctif plus ou moins alvéolaire. Le tissu conjonctif qui le constitue est un tissu adulte, peu riche en cellules, formé de nappes conjonctives fibrillaires, sans véritables fibres conjonctives. La disposition générale du tissu conjonctif est alvéolaire, mais les cavités circonscrites par le stroma sont arrondies ou fusiformes, dirigées en divers sens, de dimensions très inégales, et ne rappellent nullement, par exemple, la régularité du système caverneux des épithéliomes analogues de la glande mammaire. De plus, ces cavités elles-mêmes sont souvent cloisonnées par des travées plus fines, très inégales.

Dans le type excrétoire, chaque lobule de la tumeur est constitué par des sortes de tubes glandulaires juxtaposés, dont on aperçoit sur la coupe, tantôt la section transversale, tantôt mais plus souvent la section longitudinale. Le stroma qui les enveloppe est très peu caractérisé, à peine coloré ; les

travées conjonctives qui séparent les lobules sont plus épaissies et plus rouges.

Les tubes sont tapissés par un épithélium ordinairement à une seule couche, cubique, bas, vivement coloré par le carmin.

La plupart présentent une lumière centrale de petites dimensions; dans quelques-uns seulement cet épithélium arrive à prendre la forme d'un épithélium haut et clair. De distance en distance on aperçoit de petits îlots arrondis, formés de cellules pancréatiques, jaunes, vestige du tissu glandulaire préexistant.

Lésions accessoires. — Tous les organes voisins du pancréas sont exposés à des lésions dépendant soit de l'extension de la tumeur, soit de sa génération aux ganglions lymphatiques voisins, soit de la compression qu'elle exerce, soit des adhérences inflammatoires qu'elle détermine.

Le canal cholédoque est presque fatalement intéressé en raison des rapports qu'il affecte avec la tête pancréatique.

Cette compression nous explique l'ictère persistant dans toutes les tumeurs du pancréas.

Toutefois cette compression n'est pas fatale; le canal cholédoque peut être simplement accolé à la glande sans la traverser et, dans l'ictère, fait défaut (*Bull. de la Soc. Anat. de Bordeaux*, 1883, obs. personnelle I). Mais c'est là l'exception. Le plus souvent il est fortement comprimé, imperméable, les voies biliaires se dilatent, la vésicule se distend et

peut constituer une véritable tumeur, fluctuante; ensuite toutes les lésions afférentes à l'ectasie des voies biliaires surviennent tour à tour.

La dilatation peut remonter jusqu'aux voies biliaires intra-hépatiques; mais cette dilatation manque souvent, ou du moins reste limitée aux gros troncs. Le premier résultat de cet obstacle à l'excrétion biliaire est la rétention de la bile dans le parenchyme hépatique; le foie est ictérique et les cellules présentent une accumulation de pigment. Bientôt, à ces phénomènes de stase pure et simple, succède un processus réactionnel, aboutissant à la formation d'une cirrhose biliaire.

Sans se propager directement au duodénum, l'épithéliome du pancréas peut enserrer cette portion de l'intestin au point d'y rendre très difficile la circulation du chyme. De là, dilatation considérable de l'estomac qui finit par occuper la plus grande partie de l'abomen. Il peut encore comprimer l'uretère, le colon, l'artère et la veine mésentérique supérieure, les vaisseaux spléniques et beaucoup plus souvent la veine-cave inférieure et la veine-porte. L'épithéliome pancréatique peut enfin contracter des adhérences avec tous les organes voisins (diaphragme, reins, foie, rate, capsule surrénale, rachis).

Complications. — L'épithéliome du pancréas peut se généraliser au foie, aux reins, à la colonne vertébrale. Il peut en progressant ulcérer le diaphragme et pénétrer dans la cavité thoracique.

Enfin en se généralisant aux ganglions lymphatiques; mais, le plus souvent, c'est le foie qui est intéressé. Les nodules épithéliaux secondaires n'entraînent pas une augmentation de volume de l'organe, et diffèrent déjà par ce détail essentiel des nodules secondaires d'origine gastrique ou intestinale. Mais là ne s'arrêtent pas les caractères spéciaux que présentent les nodules pancréatiques dans le foie (Bard et Pic). Les nodules sont petits, peu volumineux, de quelques millimètres ou tout au plus d'un centimètre de diamètre, d'une coloration d'un blanc spécial, qui rend ces nodules assez semblables à des taches de bougie (Bard), les petits nodules passent facilement inaperçus, même pour les observateurs expérimentés, quand ils n'ont pas appris spécialement à les connaître. Enfin signalons la compression des filets nerveux solaires qui, selon M. Jaccoud, tient sous sa dépendance les phénomènes de glycosurie. Il est incontestable que ce dernier symptôme est une grande exception dans l'épithéliome pancréatique tandis qu'il est la règle dans la sclérose primitive de cet organe. N'y aurait-il pas lieu de faire un rapprochement avec la lésion d'un autre organe, la capsule surrénale par exemple. Jamais le cancer de cet organe ne donne la maladie bronzée tandis que la dégénérescence cancéreuse, tuberculeuse ou non la provoque. Il y a ici une action en quelque sorte spécifique qui nous échappe.



CHAPITRE III

SIGNES.

Les sujets qui sont atteints de cancer primitif du pancréas, ont ordinairement dépassé l'âge moyen de la vie. On ne trouve pas d'antécédents pathologiques ou héréditaires particuliers.

Le début de l'épithéliome pancréatique est éminemment variable, ordinairement obscur et difficile à distinguer. Ce début insidieux est caractérisé par de la cachexie précoce, de l'amaigrissement. Le malade devient pâle, terreux ; il a la peau sèche, il y a perte de forces et affaiblissement général ; en même temps ou après, se montrent des troubles de la digestion : nausées, vomissements alimentaires, bilieux, grasseyés ou marc de café, anorexie, dégoût des matières grasses, constipation ou diarrhée grasseuse, salivation abondante et lipurie. Pour s'assurer que cela est bien de la graisse, voilà comment on doit procéder d'après Bonamy.

Prenant avec une cuiller toute la partie supérieure des matières fécales, on les mélange à de l'éther, on

agite un instant et on filtre; on obtient ainsi un liquide jaune qui n'est autre que l'éther renfermant la matière grasse; si l'on prend alors un morceau de papier et qu'on le trempe dans le liquide de l'expérience après avoir laissé évaporer l'éther, le papier reste transparent, comme s'il eût été trempé dans de l'huile. En laissant de même à l'air le flacon qui contient le liquide filtré, on trouve également au fond du flacon, lorsque l'éther sera évaporé, une matière grasse, fluide, d'une coloration jaune ambrée, brûlant avec une flamme bleuâtre, si l'on y met le feu, et qui n'est autre que la graisse.

Avec ces phénomènes apparaissent les douleurs plus ou moins intenses, gravatives, confuses ou lancinantes, siégeant profondément à la région épigastrique et ombilicale, s'irradiant un peu partout, présentant le caractère continu ou intermittent, revenant parfois sous forme d'accès (névralgies....)

Puis, à la période d'état se montrent des phénomènes, qui individualisent le type clinique. L'épithéliome peut comprimer le pylore, et alors les signes de sténose pylorique peuvent être précoces, ou ne survenir que tardivement. Elle entraîne à sa sortie une dilatation énorme de l'estomac, accompagnée d'une sonorité étendue à presque tout l'abdomen, et un bruit de glougou caractéristique, s'accompagnant souvent de vomissements intermittents, excessivement abondants et de phénomènes d'auto-intoxication, refroidissement des extrémités.

Lorsqu'il y a compression du canal cholédoque, on voit s'établir soudainement ou graduellement un *ictère* qui fonce de plus en plus. Les caractères fondamentaux de cet ictère sont d'être progressif, continu, débutant par une coloration jaunâtre au niveau des muqueuses, des conjonctives et de la sclérotique, puis, allant progressivement en augmentant de couleur, depuis le jaune clair jusqu'au jaune olivâtre, jaune verdâtre, presque noir. Ordinairement cet ictère est total, il s'accompagne de prurit siégeant ordinairement à la paume des mains, et à la plante des pieds, contre les orteils, plus intense la nuit, dans les appartements chauds ; prurit exagéré par la nourriture et le grattage.

On note souvent du prurigo, de l'urticaire, du lichen, des furoncles, des anthrax, du xanthélasma, ordinairement limité aux paupières, qui peut être plan ou tubéreux, des taches purpuriques, etc. La sueur donne une teinte jaune au linge, le lait est rarement teinté, ainsi que la salive. Du côté de l'œil, on voit la coloration jaune des humeurs (xanthopsie).

En même temps, on note des signes gastro-intestinaux. Langue sale, saburrale avec enduits, teinte jaunâtre, goût amer particulier, anorexie, dégoût des aliments, digestions lentes, lourdes ; gonflement de l'épigastre, constipation, fragments de matières très fétides, de coloration blanchâtre ; on a noté l'absence de cholestérine ; la graisse existe au contraire en abondance. On constate de plus l'état nor-

mal ou l'atrophie du foie en même temps que sous les fausses côtes droites, une saillie rénitente volumineuse, occupant la situation de la vésicule biliaire. Avec ces deux phénomènes, ictère et rétention biliaire, on note l'hypothermie, l'amaigrissement et la cachexie, le tout évoluant avec rapidité.

MM. Bard et Pic ont attiré l'attention sur l'abaissement de température des épithéliomes pancréatiques (Obs. II). Ils disent en effet « dans la comparaison de six observations que nous publions, il résulte que l'apyrexie est la règle dans le cancer primitif du pancréas, et que les températures hyponormales, non seulement sont habituelles, mais encore qu'elles atteignent parfois, à la période ultime, des chiffres extrêmement bas. Le collapsus profond, avec abaissement considérable de la température au-dessous de la normale, est fréquent à la période terminale du néoplasme pancréatique; il succède à une longue période non seulement d'apyrexie, mais encore de température basse, et il apparaît bien sous la dépendance directe de la lésion pancréatique elle-même.

La perception par la palpation abdominale (entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic) de la tumeur pancréatique est chose rare. En pareil cas d'ailleurs, cette tumeur ne se distinguerait guère de celles qui pourraient siéger dans l'estomac.

Du côté du système circulatoire, on note le ralentissement du pouls, qui peut être dur, résistant, ou

petit, dépressible. Parfois, on a noté un bruit de souffle cardiaque avec maximum d'intensité à la pointe, et ne persistant pas si l'ictère disparaît; il diminue, et cesse quand une accélération fébrile survient. Enfin, dans le cours de cet ictère, il peut y avoir des accès ressemblant à des accès de fièvre intermittente s'accompagnant de recrudescence de l'ictère après l'accès, et de diminution de l'urée pendant l'accès. Ces accès fébriles sont portion d'infection biliaire (Dupré).

Dans d'autres circonstances, l'épithéliome revêt les apparences du diabète maigre. Mais ici la glycosurie est peu abondante et disparaît avant la terminaison fatale.

Mais quelle qu'ait été la forme, sténosique pyloïdique, ictérique, glycosurique ou latente, on voit bientôt et cela avec rapidité (quelques mois, une année au plus) survenir la cachexie. Cette cachexie pancréatique présente une physionomie particulière. La simple suppression du suc pancréatique qui est le fait de la compression du canal de Wirsung, compromet déjà la nutrition générale, en supprimant l'action de ce suc. A elle s'ajoute fréquemment la compression du canal cholédoque qui vient à son tour altérer l'économie; elle détermine une rétention biliaire, suivie de résorption; elle empêche la bile d'aller accomplir dans le tube intestinal son rôle digestif et de s'opposer aux fermentations putrides. Il en résulte que la durée de la maladie est toujours fort courte. Il est possible toutefois que les pre-

miers stades en soient latents et que les accidents n'apparaissent qu'à une époque relativement tardive. Vernay fixe à quatre mois le maximum de la durée de la vie chez les malades atteints de cancer du pancréas, tout en indiquant avec réserve la probabilité de voir la maladie évoluer en totalité en moins d'un mois.





CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC.

Dans ses cliniques de la Pitié (1884-1885) M. le professeur Jaccoud parlant du diagnostic différentiel entre le cancer de l'estomac et l'épithéliome du pancréas, s'exprime ainsi : « Lorsqu'il y a des symptômes, ce ne sont pas des signes de certitude, ce ne sont que des signes de présomption ; naturellement ils sont plus probants, s'ils sont tous réunis, mais même alors, ils ne présentent une valeur absolue que si l'on peut établir d'une manière précise, l'intégrité de tous les organes digestifs. » Mais, tandis que pour M. Jaccoud la glycosurie, les selles graisseuses, l'amaigrissement et une teinte bronzée de la peau mettront sur la voie du diagnostic, M. le professeur Raymond Tissier dit : « En résumé, c'est par la marche précipitée de la maladie, l'amaigrissement rapide, l'ictère progressif et la cachexie, que l'on peut arriver à faire le diagnostic du cancer primitif du pancréas. » Toutefois avec M. Vernay il ajoute : « Il n'existe à proprement parler, pas de si-

gnes précis qui permettent au clinicien de dire qu'il se trouve en face d'un cancer du pancréas. »

Les conclusions auxquelles arrivent MM. Bard et Pic sont absolument différentes; en effet, ils déclarent que le cancer primitif du pancréas est, en fait, une maladie qu'il est possible de reconnaître et d'affirmer pendant la vie dans l'immense majorité des cas. La meilleure preuve que ces auteurs puissent donner de leur affirmation est de rappeler que dans leurs observations, ils avaient pu, dans tous les cas, affirmer le diagnostic pendant la vie. Les symptômes dominants et caractéristiques qui leur permirent cette affirmation furent l'existence d'un ictère chronique toujours progressif, avec dilatation énorme de la vésicule biliaire, avec amaigrissement et cachexie rapides, mais sans augmentation notable du volume du foie.

Le dernier de ces quatre signes, quoique purement négatif, est, dans l'espèce, tout aussi important que les trois autres; leur réunion constitue la caractéristique spéciale de la maladie.

Vernay, dans sa thèse inaugurale, insiste moins sur la marche toujours progressive de l'ictère qui ne présente jamais aucune rémission; il a signalé aussi la rapidité si importante de la cachexie.

Lorsque le cancer du pancréas affecte cette forme caractérisée par un ictère progressif, la dilatation de la vésicule biliaire, l'atrophie du foie et la cachexie, on pourra le confondre avec la lithiase biliaire; mais celle-ci ne prend que très exceptionnellement

des caractères semblables à ceux décrits. On comprend facilement que ce tableau clinique soit reproduit lorsqu'un calcul est engagé dans le canal cholédoque. Mais alors, outre que la cachexie manque, on trouve des modifications symptomatiques importantes. L'ictère ne se présente pas alors avec les caractères d'apparition graduelle, mais très rapide, et de progression toujours montante, sans aucune rémission qui appartienne au cancer du pancréas. Dans cette forme de lithiase, l'établissement de l'ictère a été soudain ; son intervention est restée variable, et plus au moins intermittente, avant qu'il s'établisse à titre définitif.

La dilatation de la vésicule en pareil cas n'est ni aussi fréquente, ni aussi considérable ; ses parois épaissies par l'inflammation ne se prêtent pas d'ordinaire aussi bien à la distension ; le plus souvent, elle est retractée sur les calculs qu'elle contient. Quand elle est dilatée, il arrive parfois qu'on peut constater par la palpation ou par l'auscultation la présence de calculs dans son intérieur.

Par dessus tout, l'état général reste très longtemps favorable, et on ne constate pas l'altération rapide de l'économie, qui est le fait de la cachexie pancréatique.

Par contre, il ne faut pas attacher une très grande importance aux antécédents, la coïncidence des deux affections est relativement fréquente. L'âge avancé des sujets sera en faveur du cancer pancréatique, sans constituer non plus un caractère absolu.

L'abaissement de la température, si fréquent dans le cancer, sera un signe important, puisqu'il existe presque constamment.

Cette hypothermie contraste avec les accès de fièvre, nettement intermittentes, qu'on trouve souvent dans l'angiocholite, qui ne tarde pas à accompagner la lithiase biliaire prolongée.

Il faudra éliminer le cancer des autres organes. Dans le cancer primitif du foie, l'ictère manque assez souvent ; il ne se développe que lorsque des masses cancéreuses compriment des canaux biliaires importants ; rarement cette compression porte sur tous les canaux, aussi l'ictère est-il, en général peu foncé, quoique persistant.

L'organe hépatique est souvent douloureux à la pression directe, de plus, il est augmenté de volume, bosselé, et ce caractère est des plus importants, puisque dans le cancer du pancréas, le foie est petit ou non, augmenté de volume.

Le cancer primitif des voies biliaires peut s'accompagner de tous les phénomènes de l'épithéliome primitif de la tête du pancréas. Mais dans le premier cas, le foie est le plus souvent hypertrophié (Morin, 1891). Dans les cas de généralisation au foie du cancer primitif du tube digestif, l'ictère est également moins absolu, souvent fort léger ; la marche peut être très rapide à partir du moment où le foie est intéressé, mais la durée totale de l'affection n'en est pas moins longue ; l'ictère ne se développe qu'a-

vec le cancer secondaire du foie, c'est-à-dire chez un sujet cachectique, présentant depuis plusieurs mois des troubles digestifs, le plus souvent très accusés. Enfin, en pareil cas, l'augmentation de volume du foie est non seulement considérable, mais encore, très rapide et on constate le progrès de jour en jour.

Le cancer d'origine duodénale intéressant l'ampoule de Vater sera plus difficile à différencier. On pourra s'appuyer pour le reconnaître sur ce que, au cas de généralisation du foie, les nodules secondaires présenteront le développement ordinaire habituel aux cancers d'origine digestive, le foie augmenterait de volume et ce caractère suffirait à établir ce diagnostic.

Il suffit de les mentionner pour éliminer la cirrhose hépatique graisseuse, d'origine alcoolique, la cirrhose impaludique, la syphilis hépatique et la dégénérescence amyloïde.

En cas de tumeur pylorique, il faudra éliminer le cancer gastrique localisé à cette région ; on s'appuiera sur la dilatation stomacale, les vomissements abondants et à longs intervalles, les contractions musculaires appréciables à travers la paroi abdominale, l'absence de suc gastrique et les adénopathies à distance.

S'il existe de la glycosurie, il faudra penser au diabète maigre ; aussi le début brusque, la polyphagie avec conservation de l'appétit, la polyurie,

l'énorme glycosurie et la plus lente évolution feront saisir le diagnostic.

Nous n'insisterons pas sur la gravité du pronostic quelle qu'en soit la variété clinique. Le malade dépasse rarement un an.





OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Cancer du pancréas. Glycosurie.

La nommée M... Marie, 60 ans, sans profession, entre le 11 septembre 1891, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Lancereaux, salle Sainte-Martine, lit n° 5.

Les père et mère sont morts alors qu'elle était encore enfant, aussi ne peut-elle donner sur leurs antécédents pathologiques aucun des phénomènes habituels de l'herpétisme (épistaxis, migraines, etc.).

En excellente santé jusqu'en mai 1891, elle commence à ressentir à cette date une soif inextinguible. La nuit, elle est obligée de se lever sept ou huit fois pour uriner et boire; mais, contrairement à ce que l'on remarque d'habitude dans le diabète pancréatique, il est impossible à la malade de préciser le jour, la semaine où ont débuté les phénomènes. C'est petit à petit, ajoute-t-elle, que cette envie de boire a augmenté jusqu'à devenir un tourment continu. L'exagération de la soif, la polyurie, la glycosurie et l'amaigrissement ont, jusqu'à la mort, constitué tout l'ensemble symptomatique. L'appétit conservé restait normal, les forces persistaient. Dans les premiers jours de décembre, il fut encore possible à notre malade de faire de longues marches à pied. L'amaigrissement est énorme, les masses musculaires ont fondu, et en de nombreux points la peau est collée aux os.

Les facultés intellectuelles persistent absolument intactes, et la mémoire se maintient aussi fidèle que par le passé. La vue, l'ouïe, l'odorat et le goût ne sont point altérés. Les artères sont dures, athéromateuses. Les cheveux sont rares. Pas d'autre trouble trophique.

Aux deux sommets des poumons, râles muqueux avec submatité et résistance au doigt, indice d'un bacille en évolution (bacille dans les crachats).

Cœur régulier ; tension artérielle 20.

Les urines (densité 1030 à 1035, acides, jaune paille) varient entre trois et cinq litres, et contiennent 280 à 350 grammes de sucre, 12 à 21 grammes d'urée. Pas d'albumine. Devant cet ensemble phénoménal, le diagnostic resta quelque temps hésitant, et quoique l'existence d'une lésion pancréatique fût définitivement admise, on pouvait objecter pour rejeter son existence, l'absence de début brusque, la vive exagération de la faim, la faible quantité des urines, du sucre et surtout d'urée, et enfin l'intégrité parfaite des fonctions intellectuelles.

Pendant toute la période où elle fut soumise à notre examen (du 11 novembre au 26 décembre), aucun phénomène nouveau ne survint. Appétit nul, constipation habituelle, soif modérée ; pas d'amaigrissement (pesait 78 livres le jour de son entrée, 79 le 24 décembre).

26 décembre. — Dans l'après-midi, la malade se lève et est prise de syncope ; le matin, elle était dans son état habituel. Pressentiments de mort prochaine. Aucune douleur.

27 décembre. — Elle nous raconte avec la plus grande lucidité d'esprit ce qui lui est arrivé, elle insiste sur sa fin prochaine que rien ne justifie en apparence. Elle a conservé l'appétit, est allée régulièrement à la garde-robe, a bien dormi. Dans la soirée, après une journée tranquille, elle tombe tout à coup sans connaissance, urine sous elle, se débat, et meurt une heure après, sans avoir repris connaissance.

Autopsie. — Cavité crânienne. Cerveau. — Les artères de la base de l'encéphale sont athéromateuses (plaques blanches disséminées). Les méninges se détachent bien. La substance cérébrale est ferme, grisâtre, plus dense que normalement, semble desséchée. Les cavités ventriculaires ne sont pas dilatées. La substance nerveuse présente un piqueté hémorragique des plus nets.

Ni foyer de ramollissement, ni d'hémorragie. Pas de lésion du bulbe et du cervelet.

Cavité thoracique. — Poumons. Adhérences aux sommets surtout prononcées à gauche. Cavernules, tubercules confluents et granulations miliaires, dans les lobes supérieurs. Pas de foyer d'hépatisation. Péricarde sain ; pas de liquide.

Cœur. — Ventricule gauche hypertrophié (épaisseur de la paroi à sa partie moyenne 2 centimètres et demi), revenu sur lui-même. Valvule mitrale saine. Pas de caillot dans la cavité de ce ventricule absolument vide.

L'orifice aortique et son appareil valvulaire sont intacts, l'embouchure des coronaires est libre.

Le ventricule droit ne renferme aucun caillot, ses valvules tricuspide et pulmonaire sont saines. L'aorte non dilatée présente quelques plaques athéromateuses de petite dimension. Il n'existe aucune cause de compression le long des troncs nerveux sympathiques et pneumogastriques.

Cavité abdominale. — Adhérence complète du diaphragme au foie sur toute l'étendue de la face supérieure de cet organe.

Foie. — Poids 1450 grammes. Apparence normale, ni graisseux, ni amyloïde, ni sclérosé. La vésicule biliaire contient une bile verdâtre, transparente, sans calculs, que la moindre pression fait couler dans l'intestin. Pas de noyau épithéliomateux secondaire.

Rate petite, poids 80 grammes.

Reins. — Leur capsule se détache difficilement et entraîne avec elle des débris de parenchyme. Leur surface est décolo-

rée, blanchâtre, parsemée de kystes colloïdes. La substance corticale est diminuée d'épaisseur, les artères dilatées restent béantes à la coupe. Poids : droit 90 grammes, gauche 130 grammes.

Vessie, uretères normaux.

Tube digestif. — Dilatation énorme de l'estomac, encore rempli d'aliments non digérés. Petit et gros intestin d'apparence sains.

Plusieurs corps fibreux pédiculés sur l'utérus. Annexes non lésées. Le pancréas, le duodénum, l'aorte sont détachés en même temps et disséqués.

Au niveau de la tête pancréatique nombreux ganglions lymphatiques hypertrophiés durs. L'un d'eux, gros comme une noix siégeant sur l'artère hépatique, est le siège d'une hémorrhagie notable.

Le pancréas dans son ensemble est diminué de volume et d'étendue. La surface blanchâtre est irrégulière, bosselée. La lobulation est devenue plus évidente. Au niveau de la tête confondue avec le duodénum, existe une tuméfaction grosse comme une olive, dure comme du bois et qui fait penser au premier abord à l'existence d'un calcul. Le pancréas mesure dans son diamètre transversal 15 centimètres et 8 millimètres d'épaisseur à sa partie moyenne. Le corps et la queue de l'organe plus résistants, fibreux, ne donnent pas la sensation ligneuse. La néoplasie n'a pas dépassé la sphère pancréatique. La coupe, au même niveau de la tête, fait tomber sur une masse blanchâtre, ferme, en aucun point ramollie, sans cavité kystique. Les canaux principaux et accessoires sont dilatés, oblitérés à leur embouchure. Le corps et la queue de l'organe n'ont plus la même apparence. Le canal de Wirsung, gros comme une plume d'oie, renferme un liquide lactescent. Tout autour le parenchyme est sclérosé. Les lobules pancréatiques font une saillie manifeste. La muqueuse duodénale est saine. Le canal cholédoque est libre. La veine-porte est également libre. Les ganglions semi-lunaires sont

atrophisés d'une façon manifeste, mesurent à peine quelques millimètres dans tous leurs diamètres, mais sont mous, non altérés en apparence. Sur toutes les branches du plexus solaire sont disséminés des ganglions lymphatiques hypertrophiés, mais non adhérents. Les capsules surrénales sont d'aspect normal.

Histologie. — Les coupes pratiquées au niveau de la tête du pancréas, où siège la néoplasie, montrent l'existence d'un stroma conjonctif circonscrivant des alvéoles de forme extrêmement variable, renfermant des cellules. Celles-ci sont disposées en amas, volumineuses, à contour net mais irrégulier, à protoplasma abondant, transparent, granuleux; elles renferment un noyau volumineux qui se colore parfaitement. Quant au stroma, il est formé de fibrilles conjonctives parallèles entre lesquelles existent en très grande abondance des cellules embryonnaires.

Au niveau du corps et de la queue de l'organe, les travées conjonctives interacineuses normales ont subi un épaississement considérable. Les acini-pancréatiques sont comprimés dans cette trame et diminués de volume. Leurs cellules se colorent mal, beaucoup ont subi la dégénérescence graisseuse totale (le pancréas a été recueilli vingt-quatre heures après la mort).

OBSERVATION II (personnelle).

Epithéliome total du pancréas. Ictère et ascite par compression du canal cholédoque et de la veine-porte. Lithiase biliaire. Atrophie de la vésicule. Pas de glycosurie.

B... Alphonse, employé de commerce, âgé de 67 ans, entre le 30 juillet 1890, salle Jenner, lit n° 6, dans le service de M. le professeur Jaccoud, suppléé à cette époque par M. Chantemesse.

Père mort emphysémateux. Mère morte d'accident. Un frère actuellement en excellente santé.

Jamais de maladies dans son enfance. A 23 ans, fièvre typhoïde ; n'a jamais quitté Paris. Nie tout excès alcoolique (n'a d'ailleurs aucun signe d'intoxication éthylique ; rêves, cauchemars effrayants, crampes dans les mollets la nuit, pituites matinales), ni syphilis, ni impaludisme.

En excellente santé jusqu'en mars dernier, il remarque à cette époque que l'appétit a diminué, mais n'éprouve ni nausées ni vomissements. Il perd ses forces, maigrit et est forcé de quitter au bout d'un mois le poste qu'il occupait. A aucun moment, il n'a ressenti de douleurs dans l'abdomen, douleurs paroxystiques ou douleurs sourdes.

Le 20 avril, c'est-à-dire un mois et demi après le début apparent de la maladie, se montre un ictère qui a été sans cesse en progressant, jusqu'à atteindre la teinte noire qu'il offre aujourd'hui.

Pas de diarrhée, mais selles décolorées, horriblement fétides. Jusque fin de juillet, le malade reste chez lui, mais voyant l'amaigrissement, la teinte jaune des téguments, l'enflure des extrémités augmenter, il se décide à entrer à l'hôpital.

État actuel — (31 juillet 1890) B... est un individu de haute stature (1 mètre 70), extrêmement amaigri. La peau est littéralement collée sur les os, car toutes les masses musculaires ont fondu. La peau, les muqueuses offrent une coloration noire. Aux extrémités inférieures œdématisées, la peau est parsemée de taches purpuriques nombreuses.

Le murmure vésiculaire s'entend avec son timbre, son intensité, son rythme normaux dans toute l'étendue du thorax. Le cœur est hypertrophié, la pointe bat dans le septième espace intercostal, un peu en dehors de la ligne mamelonnaire. Souffle systolique à la pointe et au foyer xiphoïdien. Exagération du second ton aortique. La matité transversale de la crosse aortique, en dehors du bord droit sternal, atteint

7 centimètres. Le doigt placé dans le creux sus-sternal perçoit facilement le soulèvement systolique de ce vaisseau dilaté.

Artères radiales et temporales dures, sinueuses. Pulsations régulières, lentes. L'*abdomen* est uniformément distendu, les veines sous-cutanées abdominales sont peu apparentes. L'ombilic est saillant. La palpation, la percussion font reconnaître un épanchement ascitique. abondant, libre dans la cavité péritonéale.

Le *foie* ne dépasse pas les fausses côtes. La vésicule biliaire est inappréciable. Aucun point douloureux à ce niveau. Un examen approfondi de la région stomacale permet de reconnaître qu'il n'y a ni tumeur, ni dilatation. Hypertrophie de la rate.

Les urines sont rares, sédimenteuses, ne renferment ni albumine, ni sucre, adénopathies multiples, inguinales axillaires et sus-claviculaires ; selles fétides, décolorées ; T. 36°,4.

En présence de ces phénomènes, le diagnostic fut : Epithéliome de la tête du pancréas.

10 août. — Peu de changement. La palpation profonde permet de sentir un empâtement sur le muscle droit antérieur de l'abdomen dans la région pancréatique. Cette exploration est douloureuse.

15 août. — Refuse tout aliment. Vomissements muqueux, non sanglants. Glycosurie alimentaire (150 grammes de sucre ont été administrés le matin, à 9 heures glycosé dans les urines).

Les urines contiennent beaucoup de pigment biliaire, elles ne renferment ni albumine, ni sucre.

20 août. — Vomissements bilieux continus. T. 35°,2. Pouls 48. Selles sanglantes, noirâtres.

Affaissement extrême. Les extrémités sont froides, violacées. Taches purpuriques nombreuses sur toute l'étendue des membres inférieurs. Mort dans la nuit.

22 août. — Autopsie 31 heures après la mort.

Cavité crânienne. — Encéphale normal. Veines de la pie-mère énormément distendues.

Cavité thoracique. — Poumons congestionnés aux deux bases. Léger emphysème au niveau des bords antérieurs. Le péricarde renferme environ 120 grammes d'un liquide séreux, teinté par la bile.

Le cœur est flasque, mou. La paroi du ventricule gauche est hypertrophiée. Toutes les cavités sont distendues par des caillots sanguins. Les valvules sont saines, suffisantes en apparence.

Aorte très athéromateuse, dilatée.

Cavité abdominale, renferme 10 litres d'un liquide légèrement hémorrhagique.

Le foie est diminué de volume (1150) et offre une coloration verte uniforme très accusée.

La vésicule biliaire est ratatinée, revenue sur elle-même. Ses parois sont entièrement épaissies. Son contenu est formé d'un peu de mucus et d'une multitude de calculs biliaires. Le canal cystique est complètement oblitéré par un calcul volumineux, contre lequel les parois du canal sont parfaitement appliquées.

Toutes les voies biliaires extra ou intra-hépatiques sont dilatées à l'extrême. Sur les coupes, le foie paraît même kystique ; il est uniformément coloré en jaune, scléreux. Pas de noyaux cancéreux secondaires.

L'estomac et le pylore ne présentent aucune tumeur. Le tube digestif ouvert depuis le cardia jusqu'au rectum, ne présente aucune lésion de carcinose.

Tout le pancréas est transformé en une masse dure, lardacée, surface irrégulière. L'organe est augmenté de volume, d'une dureté ligneuse. La tumeur plus volumineuse au niveau de la tête (œuf de poule) englobe les canaux cholédoque et de Wirsung, canaux qui sont imperméables. La veine porte est comprimée. Les ganglions péri-pancréatiques sont volumineux, durs.

Rate énorme, diffluente.

Reins scléreux, peu atrophies.

Organes génitaux et urinaires normaux.

OBSERVATION III

Macaigne. In Thèse Thiroloix, 1892.

Vaste épithéliome de la tête du pancréas.

Le 16 décembre 1889, entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Tapret, salle Lorain, n° 13, une malade, veuve T..., âgée de 69 ans, laitière.

Pas d'antécédents héréditaires notables, pas de tare arthritique.

Antécédents personnels. — A passé la plus grande partie de son existence à la campagne sans faire aucune maladie.

Après avoir subi quelques vicissitudes, elle est venue s'installer à Paris depuis une douzaine d'années faisant le métier de laitière sous une porte cochère. En 1885, elle a une pneumonie qui la tient au lit pendant 3 à 4 semaines. Depuis lors, dit-elle, elle ne s'est jamais bien portée, étant sujette à des cauchemars, à des pituites le matin, des vomissements alimentaires dans la journée avec sensation de pesanteur à l'épigastre ; et souvent elle est prise de diarrhée. En même temps, elle remarque que ses urines ont augmenté de quantité (elle se lève plusieurs fois la nuit), laissent chaque jour déposer sur la paroi du vase un sédiment rouge ; elle perd l'appétit, maigrit. Elle a toujours soif, mais n'absorbe par jour que trois ou quatre litres de liquide.

Elle souffre parfois d'une pesanteur dans l'hypocondre droit, avec irradiations douloureuses dans l'épaule droite. En novembre 1888, elle fait une chute dans un escalier et se casse le bras droit. Pendant son séjour en chirurgie, apparaît un ictère pour lequel, aussitôt après la guérison de son bras,

on la fait entrer dans le service de M. Tapret où elle fait un séjour de six mois.

On constate à plusieurs reprises l'existence d'une glycosurie notable (35 à 50 grammes de sucre par litre, avec 5 à 6 litres d'urine) ; une tuméfaction du foie avec bosselure vers l'ombilic, un ictère chronique ; aussi M. Tapret porte-t-il le diagnostic d'épithéliome probable de la tête du pancréas comprimant les voies biliaires.

L'état général reste néanmoins assez bon pour que la malade puisse quitter l'hôpital au mois de mai 1889.

Pendant tout ce premier séjour, des analyses répétées montrent la constance de la glycosurie avec polyurie légère, sans polyphagie.

L'ictère s'accroissant de plus en plus, la perte d'appétit, la faiblesse augmentant, la malade entre de nouveau à l'hôpital le 16 décembre 1889.

L'examen pratiqué à cette date fait constater les phénomènes suivants : la malade présente un ictère foncé, qui, dit-elle, n'a fait que s'accroître depuis son apparition. Les démangeaisons l'empêchent de dormir. Elle se plaint d'une grande faiblesse, et de douleurs dans les membres inférieurs, surtout au niveau des aînes et des fosses iliaques.

L'appétit est presque nul ; la malade a le dégoût de la viande. Elle n'a pas de vomissements. Les selles sont grises, argileuses.

L'exploration du foie montre que cet organe est augmenté de volume. Son lobe droit descend de trois à quatre travers de doigt au-dessous du rebord costal, et on sent très nettement son bord tranchant, sans la moindre bosselure. Mais, à partir de l'encoche, le bord du foie perd sa netteté, et on perçoit, en le suivant vers l'épigastre, une bosselure au delà de laquelle on détermine mal la direction du lobe gauche.

La rate est augmentée de volume.

Le cœur, régulier, fait entendre un souffle systolique à la pointe.

Les poumons n'ont rien, quoique la malade dise tousser et cracher beaucoup.

L'urine ne renferme plus de *sucre* ; elle n'est pas albumineuse, mais contient des pigments biliaires en grande quantité.

Du côté de ses membres inférieurs, on ne trouve pas la cause des douleurs qu'elle accuse ; mais on constate que les ganglions de l'aîne sont un peu augmentés de volume et douloureux à la pression.

Pas de ganglions sus-claviculaires appréciables.

Pendant le mois d'avril, la malade présente un accès de fièvre qui ne se renouvelle pas, mais à la suite duquel l'hypocondre droit reste douloureux à la pression.

Jusqu'au mois d'octobre, la malade reste dans le même état, maigrissant très peu, mais devenant de plus en plus faible. Autant que sa faiblesse, la douleur des jambes la maintient constamment au lit.

Le 7 octobre. — Éclate une nouvelle poussée fébrile ; pendant cinq jours consécutifs la température atteint 40°, s'abaissant à 39° le matin : puis elle reste à 39° pendant 3 jours, et enfin retombe à 37° en l'espace de 4 jours. A la suite de cette période de fièvre, la malade reste épuisée et en proie à un subdélire presque constant.

Le 21 novembre. — La fièvre réapparaît et emporte la malade en quatre jours.

Pendant la durée de ce second séjour de la malade, l'urine plusieurs fois examinée n'a jamais contenu de sucre.

L'évolution de la maladie, suivie à l'hôpital, peut ainsi se décomposer en deux phases : l'une glycosurique qui dure sept mois au moins, l'autre cachectique, non glycosurique, qui persiste pendant onze mois.

Autopsie. — Cancer de la tête du pancréas. Cirrhose hypertrophique biliaire.

A l'ouverture de l'abdomen, on voit, sous le bord du lobe gauche du foie, une tumeur mamelonnée présentant l'aspect d'un carcinome.

Le bord du foie, à ce niveau, présente une échancrure dans laquelle se loge la tumeur, de telle façon que la surface de la tumeur et la surface du foie sont sur un même plan ; le doigt passe de l'une à l'autre sans sentir d'interruption appréciable.

Cette tumeur bosselée, grosse comme la tête d'un fœtus à terme, s'est développée aux dépens de la tête du pancréas et a détruit la moitié environ de la glande, dont le reste paraît absolument sain.

A l'œil nu, la transition de la partie saine à la partie malade paraît nette.

Sur une coupe, cette tumeur est très dure, formée de gros noyaux arrondis. A son centre, plusieurs noyaux gros comme une noix sont ramollis et forment des cavités contenant une bouillie grisâtre.

L'estomac adhère, par sa face externe à la tumeur sur une petite étendue. La muqueuse est intacte.

Les ganglions du bord supérieur du pancréas sont tous hypertrophiés et durs, comprimant manifestement les rameaux nerveux voisins.

Le foie est gros (1670 gr.). La surface et les coupes faites immédiatement, présentent absolument l'aspect de la cirrhose biliaire. On ne retrouve dans le foie ni trace d'angiocholite, ni nodule cancéreux.

Le canal cholédoque, enclavé dans la tumeur, est complètement oblitéré.

La rate pèse 500 grammes ; elle est ferme.

Le cœur pèse 180 grammes.

Un peu de congestion pulmonaire.

OBSERVATION IV (personnelle, résumée).

Epithéliome pylorique. Dilatation stomacale. Cancer secondaire du pancréas. Hypothermie et ralentissement du pouls continus.

G... André, maçon, âgé de 29 ans, entre le 14 novem-

bre 1891, dans le service de notre excellent maître M. le Dr Lancereaux, salle Saint-Denis, lit n° 7 à l'Hôtel-Dieu.

Antécédents héréditaires. — Aïeul et aïeule morts très âgés. Père et mère en excellente santé, 3 sœurs et 2 frères bien portants.

Antécédents personnels. — Nuls.

Début de la maladie. — En février 1891, perte de l'appétit et vomissements alimentaires qui, d'abord espacés de trois jours à quatre jours, deviennent quotidiens.

En même temps apparition de la constipation, mais pas de douleurs. Amaigrissement progressif.

Etat actuel. — Le malade n'accuse aucune douleur. Il n'a pas de dégoût pour les aliments, mais ne peut les digérer. Pas d'œdème des extrémités, ni adénopathie.

Au niveau de la région stomacale, on constate sous le muscle grand droit, antérieur de l'abdomen une tuméfaction diffuse, douloureuse à la pression. Constipation.

Hypothermie et ralentissement du pouls (44 par minute) pendant les deux mois que le malade est resté à l'hôpital ; il a en effet succombé le 15 janvier 1892, la maladie a été caractérisée par des vomissements continus, un amaigrissement progressif, un pouls de 44 à 50 au maximum et, l'hypothermie d'une façon constante, la température est restée au-dessous de 34°.

On était obligé de placer autour du malade des boules d'eau chaude et de le recouvrir de plusieurs couvertures. La peau est rugueuse, a perdu son élasticité. Toutes les extrémités sont froides, violacées. Poumons normaux. Pas de phénomènes cérébraux. Les battements du cœur reproduisent les caractères du pouls. Pas de souffle.

Au moment de la mort, la température est descendue à 32°8; le pouls était à 40°. La respiration est restée à 14 ou 16 par minute.

A l'autopsie, on a constaté, entre un épithéliome intéressant le pylore, des adénopathies multiples dans la sphère

péri-pylorique. Le pancréas a conservé dans presque toute son étendue ses caractères normaux; mais au niveau de la tête, on trouve deux gros ganglions cancéreux qui ont pénétré la glande dans presque toute son épaisseur.

Les autres organes, cerveau, moëlle, poumon, prostate et reins sont normaux. Dans le foie, on trouve de petits multiples noyaux secondaires à l'état naissant.

OBSERVATION V (résumée).

Diabète, ictère par oblitération des conduits biliaires; cancer du pancréas; ulcération du duodénum; évacuation considérable de graisse par le rectum. Noyaux secondaires dans le foie (R. Bright. Cas and observations connected with disease of the pancreas and duodenum, in medicin chirurgie. Trans. of. London. T. XVIII, p. 3, 1883.

James Barner, âgé de 49 ans, domestique dans un bureau de louage, d'habitudes sobres et régulières, commença en mars 1827, à ressentir une soif et un appétit immodérés, avec des douleurs lombaires constantes. Polyurie. Amaigrissement.

En août, diabète confirmé. En septembre, ictère, selles décolorées.

Le 24 décembre. — Le taux des urines baisse; elles ne contiennent plus de sucre. Tous les symptômes diabétiques ont disparu.

Le 28 décembre. — Le malade rend par l'anus une grande quantité de matières grasses, jaunâtres, ressemblant beaucoup à du beurre qui avait figé après avoir fondu.

Le 26 janvier 1828. — Il meurt sans douleurs, usé par l'émaciation, la faiblesse, mais gardant toute sa connaissance jusqu'au dernier moment. L'ictère, l'amaigrissement, les troubles digestifs avaient été sans cesse en progressant. Aucun phénomène diabétique (polyurie, polydipsie, polyphagie et glycosurie) n'était reparu.

A l'autopsie. — On constate une pleurésie suraiguë gauche avec un abcès du volume d'un olive dans le poumon corres-

pendant. L'abdomen contenait 5 litres d'un liquide olive sombre. La vésicule biliaire est distendue par une bile épaisse, noirâtre ; le fond fait saillie en avant quand on enlève les parois abdominales. Tous les conduits biliaires sont dilatés. Le canal cholédoque vient se terminer en cul-de-sac dans la substance altérée du pancréas ; à son extrémité, existe un dépôt de fibrine et de cholestérine.

La tête du pancréas, réunie aux glandes voisines, forme une masse globulaire, dure, autour de laquelle tourne le duodénum et à laquelle cet intestin, ainsi que le pylore, étaient solidement adhérents, en deux endroits où le pancréas et le duodénum étaient agglutinés ensemble par la maladie, on trouve une ulcération à bords durs, squirrheux, intéressant tout l'intestin ; l'une d'elles à l'étendue d'un shilling, l'autre seulement d'un penny (décime).

Le reste du pancréas est dur, cartilagineux au toucher, d'une couleur jaunée brillante.

En quelques endroits du foie, on trouve de petites masses irrégulières, de consistance dure, plus foncées que la substance du foie.

Ainsi donc : épithéliome limité à la tête du pancréas avec atrophie de tout le reste de la glande. Evolution totale de la maladie : un an à peu près. Disparition de la glycosurie et des phénomènes diabétiques un mois avant la mort.

OBSERVATION VI (Résumée).

Carcinome de la tête du pancréas. Oblitération du canal cholédoque et de Wirsung ; ectasie de ce dernier et des conduits biliaires, ictère. Hémorrhagie intestinale. Diabète sucré, dysenterie, mort par épuisement.

(Frerichs. Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires, trad. Franc. de Duménil et Pellagot, 3^e édition, p. 147).

Depuis un an, douleurs épigastriques, ictère, selles goudronneuses. Le foie est peu augmenté de volume et on perçoit sur son bord tranchant une tumeur pyriforme, lisse, élastique, qui se déplace dans les mouvements respiratoires et présente de la sensibilité à la pression. A côté d'elle et un peu plus haut, la main exploratrice arrive par une pression plus profonde sur une autre tumeur dure, inégale, qui ne se déplace nullement, mais dont on ne peut exactement déterminer la forme. Appétit conservé ; pas de vomissements ; pouls à 60.

Amaigrissement graduel.

15 mars. — On décèle la présence du sucre dans les urines, non cherché auparavant.

6 avril. — Collapsus. Extrémités froides. Pouls 64.

7 avril. — Disparition du sucre.

Il succombe le 9 avril à l'épuisement, à la dysenterie.

Autopsie. — Poumon gauche infiltré de tubercules.

Le foie a son volume normal ; la vésicule biliaire est énormément distendue et contient environ 11 onces de bile trouble. Les voies biliaires sont toutes considérablement dilatées.

La rate a son volume normal.

La tête du pancréas est infiltrée d'une substance fongueuse, grise, ramollie par places, et étroitement unie aux parois du duodénum. Dans l'intérieur de la masse cancéreuse, on voit des cavités, en forme de kystes dépendant du canal de Wirsung avec des parois érodées et un contenu muqueux incolore.

Ce qui a été épargné du pancréas est atrophié ; le canal de Wirsung, considérablement distendu, présente de nombreuses cellules séparées par des saillies valvulaires et remplies de produits de sécrétion. A partir de la valvule iléo-cœcale, commencent une teinte rouge et un gonflement de la muqueuse qui augmentent d'intensité à mesure qu'on avance vers le rectum ; la muqueuse de cet intestin, veloutée, d'un rouge foncé,

est couverte d'un liquide visqueux teinté de sang ; on n'y trouve pas de perte de substance.

En résumé : épithéliome de la tête pancréatique, glycosurie, polyurie légère (2 à 5 litres) pas de polyphagie. Disparition du premier phénomène trois jours avant la mort.

OBSERVATION VII

Bard et Pic. *Revue de médecine*, 1888, p. 257.

Ictère chronique. Cancer de la tête du pancréas. Autopsie ; cancer de la tête du pancréas ; dilatation de la vésicule biliaire ; noyaux secondaires dans le foie.

D... Jeanne, âgée de 58 ans, ménagère, née à Bernex (Suisse) demeurant à Lyon depuis quarante ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 22 janvier 1885.

Les parents de la malade sont morts à quatre-vingts ans de maladies indéterminées. Ils ont perdu deux enfants en bas âge de maladies inconnues ; trois vivent, deux sont bien portants, la troisième est la malade ici présente, qui affirme s'être toujours bien portée ; avoir toute sa vie exercé une profession pénible, n'avoir jamais tenu le lit un seul jour.

A eu deux enfants, âgés l'un de quatorze ans, l'autre de vingt-six ans, et qui sont très bien portants ; n'en a point perdu.

Ménopause à cinquante-deux ans. Ne porte sur le corps aucune cicatrice.

Le début de l'affection remonterait à deux mois environ. La malade affirme qu'avant cette époque, elle ne s'était aperçue d'aucun changement dans son état de santé : que son appétit n'avait pas diminué ; qu'elle pouvait manger de la viande aussi bien que des légumes, qu'elle prenait bien quelquefois des indigestions, mais pas plus souvent qu'elle n'en avait pris toute sa vie.

Il y a deux mois, elle eut une indigestion qui la fit vomir

pendant deux heures; le lendemain apparaissait un ictère qui au bout de quarante-huit heures, fut aussi intense qu'il l'est aujourd'hui. Jamais elle n'eut rien qui puisse faire songer à des coliques hépatiques. Quoiqu'elle s'alimentât un peu, ses forces allaient en diminuant rapidement, et depuis six semaines environ elle tient le lit.

Actuellement, la teinte ictérique est fortement accusée, le prurit, qui existait, a disparu depuis quelques jours. Les matières sont décolorées; les urines brun acajou sont peu abondantes et donnent par l'acide azotique la coloration verte; elles contiennent en outre de l'albumine. Pas de sucre.

La langue est saburrale; depuis le début de l'ictère, la malade n'a pris presque que des potages; toutes les fois qu'elle a essayé de manger de la viande, elle l'a vomie. En dehors de ces vomissements alimentaires, elle a eu, surtout à jeun, des vomissements bilieux et glaireux. Ni melœna ni hématomèse.

La palpation de l'abdomen est indolente. La matité hématique est augmentée aussi bien en hauteur que transversalement, le bord inférieur dépasse les fausses côtes d'au moins 8 centimètres, vers le tiers interne de ce bord on sent comme appendue à lui une tumeur lisse du volume d'une orange, faisant sur la paroi abdominale une saillie très prononcée, de forme sphérique. Cette tumeur est mate et indolente à la pression; elle ne paraît avoir aucun rapport avec le rein ou l'utérus. Pas d'ascite.

La malade dit tousser souvent et cracher des glaires. L'examen du thorax donne une diminution de la sonorité à la base droite, avec obscurité du murmure à ce niveau sans modification de la voix.

La pointe du cœur bat dans le cinquième espace en dedans du mamelon; les battements sont réguliers; 88 par minute; le premier bruit vers la pointe est très légèrement perçu, pas de propagation à l'aisselle. Amaigrissement, perte des forces; pas de pli cachectique. Ne s'est pas aperçue du déve-

loppement de la tumeur, ne peut pas donner de renseignements à ce sujet.

3 janvier. — La tumeur est un peu mobile, les téguments n'y adhèrent pas; elle se continue bien avec le bord inférieur du foie. Affirme n'avoir jamais ou plutôt que très rarement, bu des liqueurs, assez souvent du vin entre les repas. Pas d'intolérance spéciale des aliments gras.

5 janvier. — Le dos des mains et les régions péri-malléolaires sont un peu œdématisés.

8 janvier. — Quoiqu'il n'y ait pas de modifications apparentes dans son état, la malade prend du poulet avec plaisir; après, elle n'a ni nausées, ni vomissements.

14 mars. — Sans que la malade ait accusé rien d'anormal, la peau est chaude; pas de frisson, la température rectale prise hier soir était de 39°,8. La malade ne se plaint d'aucune douleur. Les signes locaux n'ont pas changé, sauf la couleur ictérique qui est plus prononcée. Depuis les premiers jours de janvier on n'a remarqué qu'un affaiblissement graduel; pas de troubles digestifs nouveaux.

21 mars. — Un peu d'ascite, la tumeur n'a pas changé de forme ni de volume. L'examen de la poitrine ne révèle rien de nouveau.

1^{er} avril. — La température qui pendant quinze jours avait oscillé de 37°,5 à 38°,5 est tombée depuis trois jours au-dessous de la normale; la malade est très abattue. Le ventre a augmenté de volume mais le liquide ne semble pas avoir augmenté. Les matières fécales sont toujours décolorées; les urines donnent toujours avec l'acide azotique la coloration verte, contiennent de l'albumine.

2 avril. — N'a pas uriné depuis hier; la vessie ne contient pas de liquide. Pas de selles. La prostration est de plus en plus marquée. La malade prend encore beaucoup de liquides, très peu d'aliments solides. Pouls 88. L'ascite rend la tumeur moins nette. Comme elle l'a toujours fait la malade répond,

quand on lui demande de ses nouvelles, qu'elle se trouve mieux.

3 avril. — Toujours pas d'émission d'urine, rien dans la vessie.

Depuis hier elle a eu à plusieurs reprises, des mouvements convulsifs des membres, de la face; elle répond bien aux questions qu'on lui adresse, pousse des gémissements dans les grandes inspirations. Lèvres couvertes de fuliginosités.

4 avril. — Même état.

5 avril. — La température continue à baisser. L'ascite augmente et rend plus difficile la palpation de l'abdomen. Les accidents convulsifs se sont rarement reproduits cette nuit. La malade a eu hier une selle formée, au dire de la sœur, par de matières grises semi-liquides.

Emission involontaire d'une petite quantité d'urine. Pas un seul vomissement, pas plus que depuis son entrée à l'hôpital. Répond à peine quelques mots inintelligibles quand on l'interroge.

6 avril. — Morte à 8 heures du soir, sans avoir rien présenté de nouveau à signaler.

Relevé des températures rectales du 13 mars au 6 avril.

13 mars. — Soir, 39°, 8.

14 m. 37°, 6, s. 38°, 5.

15. — 37°, 1, 38°, 8.

16. — 37°, 4, 38°, 5.

17. — 37°, 38°.

18. — 37°, 4, 38°, 5.

19. — 37°, 5, 38°, 2.

20. — 37°, 9, 38°, 6.

21. — 37°, 5, 38°, 9.

22. — 37°, 2, 39°, 6.

23. — 37°, 6, 38°, 6.

24. — 37°, 8, 38°, 8.

25. — 37°, 38°, 3.

26. — 37°, 4, 38°, 5.

27. — 37°,3, 38°,9.

28. — 37°,5, 37°,6.

29. — 40°, 39°,2.

30. — 36°,5, 34°,5.

31. — 35°,2, 35°,9.

1^{er} avril. — 35°,8, 35°,7.

2. — 34°,4, 35°,4.

3. — 34°,4, 34°,3.

4. — 33°,9, 33°,1.

5. — 32°,6, 32°,6.

Autopsie (28 heures après la mort).

Cerveau. — Pas d'athérome des artères de la base. Rien aux méninges, ni sur les coupes, la sérosité ventriculaire a une coloration jaune.

Utérus. — Rien, ainsi qu'à ses annexes.

Cœur. — 300 grammes. Pas de péricardite, par d'athérome de l'aorte. Les orifices sont sains, les valvules suffisantes.

Péritoine. — A son ouverture il s'écoule environ cinq litres de liquide citrin, dans lequel on ne voit pas nager d'exsudats, ni dans le petit bassin, ni en aucun point des replis péritonéaux.

Sur le mésentère, on trouve disséminées de petites granulations cancéreuses non entourées de zones vasculaires; ces granulations se voient également sur l'intestin grêle. Le mésentère, de même que l'intestin grêle, présente sur plusieurs points des arborisations vasculaires assez marquées, sans rapport immédiat avec les granulations. L'intestin déroulé n'offre rien à signaler du côté de sa muqueuse.

Pancréas. — La tête forme une masse du volume d'une tête de fœtus.

Cette masse comprend une tumeur dure, manifestement cancéreuse, de la grosseur d'un gros œuf de pigeon, s'étendant dans le sens de la longueur du pancréas jusqu'à la mésentérique supérieure. Le reste du pancréas est scléreux,

mais les lobules paraissent sains ; le canal excréteur est dilaté.

Foie. — Ne paraît pas augmenté de volume dans son ensemble ; son bord inférieur est tranchant. On le sépare facilement du diaphragme, mais il est à peu près impossible de le séparer du duodénum et du pancréas.

En ce point, en effet, il y a adhérence complète des organes, et on voit que la tumeur pancréatique a complètement envahi le canal cholédoque, dont il est très difficile de retrouver des traces. La vésicule, libre d'adhérence dans sa partie antérieure, a la forme d'une gourde, dont la grosse extrémité, tournée en avant, est du volume du poing.

Le canal cystique fortement dilaté est du volume du pouce.

Pas de calculs dans la vésicule. A la coupe du foie, on trouve toutes les voies biliaires dilatées contenant un liquide jaunâtre, dans lequel on voit des matières jaunes, solides, ressemblant à du mastic. Disséminés dans le parenchyme, mais surtout sous la capsule, on voit de petits nodules cancéreux ne dépassant pas le volume d'une tête d'épingle.

Reins. — Les capsules surrénales sont saines. Chaque rein pèse 175 grammes. La capsule s'enlève facilement ; un peu de néphrite parenchymateuse secondaire.

Rate. — 390 grammes. On trouve, tout à fait à la périphérie de l'organe, quelques nodules cancéreux très petits ; point dans la profondeur.

Plèvres. — Chaque plèvre contient environ 200 grammes de liquide jaunâtre ; pas d'adhérence, sauf au niveau de la plèvre diaphragmatique sur laquelle on trouve quelques granulations cancéreuses disposées en forme de traînées.

Poumons. — Un peu d'atélectasie des lobes inférieurs. Aux deux sommets, petites cicatrices blanchâtres, dures, déprimées. Sur les plèvres il y a quelques nodules cancéreux, disposés en grappes, revêtant extérieurement la forme de tractus jaunâtres, déprimés, au niveau desquels on trouve un

léger exsudat. Dans l'épaisseur du parenchyme ces nodules ne paraissent pas être situés au voisinage d'une grosse bronche, la plupart atteignent la grosseur d'un pois.

Estomac. — Rien.

OBSERVATION VIII

(Bard et Pic. *Rev. de Méd.*, 1888, p. 269).

Ictère chronique. Autopsie : cancer du pancréas ; noyaux secondaires dans le foie.

Ch..., âgé de 74 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 15 décembre 1886.

Rien à noter du côté de l'hérédité. Bonne santé habituelle. Pas de maladie antérieure. Boit la goutte le matin depuis de nombreuses années.

Début de l'affection, il y a environ deux mois par du catarrhe intestinal avec flux diarrhéique, assez intense pour obliger le malade à aller quatre à cinq fois à la selle par 24 heures. Cette diarrhée a duré une quinzaine de jours. A ce moment, il a été pris de douleurs qu'il localise au niveau du creux épigastrique avec quelques irradiations sur les parties latérales du thorax, revenant un peu sous forme d'accès, persistant parfois plusieurs heures ou même tout une journée, augmentées par l'ingestion des aliments.

Jamais elles ne se sont localisées dans la région hépatique, jamais non plus, au moment des plus forts accès d'irradiations dans l'épaule droite, enfin jamais le malade n'a constaté d'ictère après chacune de ses crises.

Celui-ci n'est apparu en effet que depuis huit jours, précédé d'anorexie et d'un peu de constipation. Jamais d'hématémèse ni de méloëna. Actuellement, le malade présente une teinte ictérique, généralisée, très accentuée, les conjonctives sont jaunes, ainsi que la voûte palatine. La langue est à peine saburrale, un peu sèche.

Légère constipation.

La région du foie n'est pas sensible à la pression sur une ligne verticale passant par le mamelon; la matité hépatique ne commence qu'à quatre travers de doigt au-dessous de lui, pour s'arrêter au niveau du rebord des dernières côtes.

La vésicule biliaire n'est pas augmentée de volume ni douloureuse. Rien à noter du côté de l'abdomen ni de la rate.

Pas de tumeur perceptible à la palpation, au niveau de l'estomac. Celui-ci est assez notablement dilaté.

Rien au cœur. La pointe est à peu près en son lieu normal.

Rien au poumon, pas de prurit.

Artères athéromateuses. Le pouls paraît légèrement ralenti : 60° à la minute.

Urines 1200 c. c. Densité 1030. Urée 17 grammes. Selles décolorées : mastic de vitrier.

20 décembre. — Ce matin la teinte ictérique s'est considérablement foncée; se plaint toujours de douleurs épigastriques. Au niveau de la vésicule biliaire, la palpation donne la sensation d'une tuméfaction lisse, de la grosseur d'un œuf.

25 décembre. — Urines jaunes. Quelques démangeaisons.

27 décembre. — Les douleurs sourdes au niveau de la vésicule, persistent toujours.

7 janvier 1891. — L'ictère persiste avec beaucoup d'intensité.

Le foie paraît moins gros, plus douloureux à la percussion, mais la région vésiculaire est sensible à la pression. Pouls : 44 à la minute.

Vomissements alimentaires continuels.

12 janvier. — Les vomissements continuent. Urine 600 grammes. Urée : 6 grammes.

13 janvier. — Tendance à l'hypothermie et à la faiblesse cardiaque. Selles sanguinolentes depuis hier : un verre de sang environ.

Pouls faible. Œdème sus et sous-malléolaire.

À la palpation : foie un peu gros, mais pas de tumeur.

14 janvier. — Cette nuit, hémorrhagies intestinales : pouls petit, la teinte ictérique s'est foncée. Pouls, 60.

L'émaciation n'est pas prononcée. Aspect cancéreux peu marqué.

Les selles n'ont pas été examinées microscopiquement au point de vue des graisses ; pas de caractères macroscopiques spéciaux.

Trois heures avant la mort, le malade a répondu avec beaucoup de netteté aux questions qu'on lui a posées. Un peu de pulvérulence des narines.

Mort le 14 janvier à 2 heures de l'après-midi. Relevé des températures rectales du 5 au 14 janvier 1887. 5 janvier S. 37°,8. — 6. 37°,6. 37°,9. — 7. 37°,2. 37°,7. — 8. 37°,1, 36°,8. — 9. 36°,9, 36°,6. — 10. 36°,6, 37°,1. — 11. 37°, 36°,8. 12-37 (hémorrhagie intestinale de la valeur d'un verre à boire). 36°,5, 13. 36°, 36°,6. — 14. 34°,8.

Autopsie. — *Thorax.* — Pas de liquides dans les plèvres au sommet du poumon droit. Gros tubercule crétacé du volume d'une noix.

Pas de lésion récente pleuro-pulmonaire.

Le cœur pèse 320 grammes. L'aorte très athéromateuse est un peu dilatée ; orifices sains. Valvules suffisantes ; rien sur le péricarde.

Le muscle cardiaque a perdu sa coloration normale, il est fortement teinté par la bile.

Cerveau. — Non examiné.

Abdomen. — A l'ouverture de la cavité péritonéale, il s'écoule une faible quantité de liquide citrin.

Le tube digestif enlevé et ouvert depuis le cardia jusqu'au rectum, ne présente aucune lésion cancéreuse ; on ne peut déterminer le point où s'est faite l'hémorrhagie qui a amené le méloena des derniers jours. L'estomac n'est pas dilaté. L'ampoule de Vater est difficile à trouver.

Foie. — Non augmenté de volume. Poids : 1350 grammes) ; présente une coloration verte uniforme très accusée ;

au milieu du lobe gauche, petit noyau dur, jaune tranchant nettement par sa coloration, sur le reste du parenchyme hépatique et n'étant autre chose qu'un noyau de généralisation de la tumeur primitive.

Le canal hépatique et toutes ses branches sont dilatées : leurs parois sont dégénérées. La vésicule biliaire a conservé sa forme ; elle est notablement augmentée de volume, distendue par de la bile noire, pas de calculs en aucun point des canaux biliaires. Le canal cystique est dilaté considérablement ; le canal cholédoque, jusqu'au niveau du point où il reçoit le canal de Wirsung, est fortement dilaté sur une étendue de 3 centimètres environ ; il offre une diminution bien accusée de son calibre, due à la tumeur cancéreuse qui le comprime extérieurement, néanmoins il admet encore un stylet de petit volume. Le canal de Wirsung dans toute sa longueur est dilaté. La tête du pancréas affecte le volume d'un gros œuf ; elle est envahie par une tumeur cancéreuse entourée elle-même d'un grand nombre de ganglions dégénérés.

Le néoplasme s'arrête au niveau de la mésentérique supérieure ; à partir de ce point le pancréas paraît sain ; aucun kyste dans la partie saine du pancréas. Les vaisseaux spléniques sont sains, non comprimés.

Rate. — Volume normal, pas d'altération.

Les reins paraissent un peu sclérosés ; la teinte ictérique y est très accusée. Capsules surrénales saines ; uretères non dilatés.





CONCLUSIONS

1° L'épithéliome pancréatique est une affection assez fréquente. Presque toujours il est primitif et siège à la tête de l'organe.

2° Autant il est nettement différencié en anatomie pathologique (épithéliome glandulaire ou excréteur par Lancereaux, Bard et Pic, épithéliome kystique de Roux), autant sa traduction symptomatique est obscure. Pas un de ses signes n'est pathognomonique. Il faut donc en grouper le plus grand nombre chez le même malade pour baser le diagnostic.

3° Malgré l'apparente spécialité des attributions fonctionnelles du pancréas, les symptômes de cet épithéliome peuvent être absolument nuls, alors que la destruction de pancréas est aussi totale que possible (Litten, Jaccoud).

Mais à côté de ces formes latentes prennent place les formes avec ictère, avec glycosurie et avec sténose pylorique.

4° La compression des organes du hile hépatique (canaux biliaires, veine-porte ou veine splénique) donne naissance à un type clinique bien défini, nettement différencié par Masing, Bard et Pic. Ictère

sombre et toujours progressif et sans rémissions ; distension énorme de la vésicule biliaire, absence d'augmentation du volume du foie, température habituellement hyponormale ; amaigrissement et cachexie rapides : courte durée de la maladie.

5° A côté de cette forme clinique, la plus fréquente, se place l'épithéliome pancréatique, qui ne se révèle que par une cachexie rapide et la glycosurie. Elle n'a jamais les allures complètes du diabète maigre.

6° La compression du pylore par le néoplasme engendre une dilatation stomacale énorme avec toutes ses conséquences.

7° L'hypothermie continue a, dans les symptômes de cette variété d'épithéliome, une importance extrême. Elle indique une lésion glandulaire et peut, à elle seule, mettre sur la voie d'une néoplasie ignorée.





INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Ancelet.** — Etude sur les maladies du pancréas, 1864.
Arnozan. — Article « Pancréas », Dict. Dechambre.
Bard. — Des tumeurs du type épithélial (Arch. de physiol., 1885, T. II, p. 520).
Bard et Pic. — Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique du cancer primitif du pancréas. Revue de méd. T. VIII, avril 1888.
Bernard (Claude). — Mémoire sur le pancréas. Paris, 1856.
Bonamy. — Th. Paris, 1879.
Boutard. — Des différents types de diabète sucré. Th. Paris, 1890, n. 62.
Bright. — Cases and obs. Connected. Wreth disease of the pancreas and duodenum (Med. chirurg. Transact., 1833).
Brunzelius. — Och Axel-key. Fall of primar kancer in Pancreas (Hygica, 1877).
Caron. — Cancer du pancréas. Th. Paris, 1889, n 185.
Garnier. — Cancer de la tête du pancréas généralisé au foie (Progrès médical, 1886, p. 1037).
Jaccoud. — Sur le cancer de l'estomac et du pancréas (17 janvier 1885). Cliniques médicales de la Pitié (1884-1885).
Labbé. — Cancer primitif du pancréas. Bull. Soc. anat., 1865.
Laboulbène. — Traité d'anat. pathologique.
Lapierre. — Th. Paris, 1879.
Lancereaux. — Diabète maigre. Union médicale, 1880.
Lejendre. — Cancer du pancréas comprimant les voies biliaires (Soc. anat., 1881).
Lépine et Corréil. — Gaz. méd. de Paris, 1874, n. 50.
Litten. — Drei fälle von totaler degeneration des p ncreas (Charité Annalen, 1880).
Madre. — Cancer du p ncréas. Th. Paris, 1833.
Masing. — Ein Fall von Pankreaskrebs (Petersb. med. Wochens., 1879).
Mollière. — Art. Pancréas du Dict. de méd. et de chirurgie.
Pott. — Ein Fall von primären pancreas carcinom (Deutsch. Zeitsch. f. pract. méd., 1878).

- Ramey.** — Cancer du pancréas. Deux observations. Soc. anat. de Bordeaux, 1883.
- Riorgner.** — Sur le diagnostic et le traitement opératoire des kystes du pancréas (Berliner Klin. Wochenschrift, 1890, n. 42, p. 957).
- Roux.** — Etude anatomo-pathologique et clinique du cancer et des kystes du poumon. Th. Paris, 1891.
- Salles.** — Cancer primitif du pancréas. Th. Paris, 1880.
- Segré.** — Etude clinique des tumeurs du pancréas (Annali universali de medicina et chirurgica, 1888).
- Straus.** — Ictère chronique. Th. agrég., 1878.
- Strümpell.** — (Deutsche arch. für klinische medizin, 1870.
- Vernay.** — Cancer du pancréas. Th. Lyon, 1884.

Vu par le Président,
LABOULBÈNE.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

